

Condizioni speciali di assicurazione

Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Modello Assura Ospedale di fiducia

Edizione 01.2027

TITOLO 1 – BASI CONTRATTUALI E DIRITTO APPLICABILE

Il modello Assura Ospedale di fiducia è una forma particolare dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie che prevede una limitazione nella scelta dei fornitori di prestazioni ai sensi della Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal) e dell'Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal).

Il modello Assura Ospedale di fiducia è disciplinato dalla Legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), dalla LAMal, dalle relative ordinanze di applicazione, dalle Condizioni generali dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dell'assicurazione facoltativa di indennità giornaliera ai sensi della LAMal nonché dalle presenti Condizioni speciali di assicurazione.

Le disposizioni particolari relative al presente modello assicurativo, incluse l'adesione e l'uscita degli assicurati, sono rette dall'articolo 41 capoverso 4 e dall'articolo 62 capoversi 1 e 3 LAMal nonché dagli articoli da 99 a 101 OAMal. Per il resto fanno stato i principi generali della LAMal e delle sue ordinanze di applicazione.

Sottoscrivendo il modello Assura Ospedale di fiducia, l'assicurato accetta le condizioni particolari descritte al capitolo 3 qui di seguito e, in compenso, beneficia di un ribasso sui suoi premi di assicurazione.

TITOLO 2 – FORME DI ASSICURAZIONE

CAPITOLO 1 – ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE

Articolo 1 – Campo delle prestazioni

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite agli articoli da 24 a 31 LAMal tenendo conto dei presupposti di cui agli articoli da 32 a 34 LAMal.

Articolo 2 – Franchigia

2.1 Per anno civile e fino a un massimo di CHF 300, l'assicurato si fa carico di una parte iniziale (franchigia) delle spese fatturate per le prestazioni che gli sono state fornite.

2.2 La franchigia non è esigibile per l'assicurato minorenni.

2.3 Sono fatte salve le disposizioni speciali di cui al capitolo 2 qui di seguito.

2.4 La franchigia non è esigibile in caso di prestazioni specifiche di maternità.

2.5 Dalla tredicesima settimana di gravidanza fino a otto settimane dopo il parto, le donne sono esentate dalla franchigia in caso di ricorso a prestazioni generali.

Articolo 3 – Aliquota percentuale

3.1 L'assicurato deve assumersi il 10% dei costi eccedenti l'importo della franchigia (aliquota percentuale).

3.2 L'importo massimo annuo dell'aliquota percentuale ammonta a CHF 700 per gli adulti e a CHF 350 per i minorenni.

3.3 L'aliquota percentuale non è esigibile in caso di prestazioni specifiche di maternità.

3.4 Dalla tredicesima settimana di gravidanza fino a otto settimane dopo il parto, le donne sono esentate dall'aliquota percentuale in caso di ricorso a prestazioni generali.

Articolo 4 – Partecipazione massima dell'assicurato

4.1 Più minorenni della stessa famiglia assicurati presso Assura-Basis SA (di seguito «Assura») pagano complessivamente al massimo l'importo della franchigia e dell'aliquota percentuale previsto per un adulto.

4.2 Se la sottoscrizione della presente categoria di assicurazione avviene nel corso dell'anno civile, Assura computa all'assicurato la franchigia e l'aliquota percentuale già fatturate dall'altro assicuratore per lo stesso anno. Tale computo sarà effettuato a relativa prova addotta dall'assicurato.

4.3 A essere determinanti per la riscossione della franchigia e dell'aliquota percentuale sono le date in cui sono state fornite le prestazioni.

Articolo 5 – Prestazioni

5.1 Conformemente alle tariffe e alla legislazione applicabili Assura assume i costi delle prestazioni ambulatoriali e ospedaliere fornite o prescritte da fornitori di prestazioni autorizzati a praticare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

5.2 Sono fatte salve le disposizioni speciali di cui al capitolo 3 qui di seguito.

CAPITOLO 2 – ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE CON FRANCHIGIA OPZIONALE

Articolo 6 – Diritto applicabile

Le disposizioni di cui sopra si applicano anche all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con franchigia opzionale, fatte salve le regole particolari definite al presente capitolo 2.

Articolo 7 – Scopo

Allo scopo di ridurre il premio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, Assura offre ai propri assicurati la possibilità di optare per franchigie più elevate conformemente alle seguenti disposizioni.

Articolo 8 – Scelta della franchigia

8.1 Per anno civile e fino a un importo massimo fissato secondo i limiti seguenti, l'assicurato si fa carico di una parte iniziale (franchigia) dei costi fatturati per le prestazioni che gli sono state fornite.

8.2 La franchigia per un adulto e/o un giovane adulto può essere fissata a CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 o CHF 2'500.

8.3 La franchigia per un minorenne può essere fissata a CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 o CHF 600.

Articolo 9 – Adesione e uscita, cambio di franchigia

9.1 Tutti gli assicurati possono aderire all'assicurazione con franchigie opzionali. L'assicurato può passare a una franchigia più elevata solo per l'inizio di un anno civile.

9.2 Il passaggio a una franchigia più bassa o a un'altra forma di assicurazione, così come il cambio di assicuratore, sono possibili per la fine di un anno civile e con un termine di preavviso di tre mesi.

9.3 Al momento della notifica del nuovo premio, il termine di preavviso per la disdetta è di un mese per la fine del mese che precede la validità del nuovo premio.

CAPITOLO 3 – MODELLO ASSURA OSPEDALE DI FIDUCIA

Articolo 10 – Principi del modello

Sottoscrivendo il modello Assura Ospedale di fiducia, l'assicurato o il suo rappresentante legale accetta, per qualsiasi problema di salute e prima di sottoporsi a qualsiasi consulto medico e/o trattamento medico ambulatoriale o stazionario, di rivolgersi in prima istanza a uno dei punti di contatto di primo ricorso, ossia al proprio Medico di famiglia o al Centro di telemedicina, così come previsto dall'articolo 12.1. **Se il contatto di primo ricorso non può portare a termine il consulto medico e/o il trattamento ambulatoriale o stazionario del caso, rendendo necessario indirizzare l'assicurato a un altro fornitore di prestazioni, l'assicurato o il suo rappresentante legale dovrà imperativamente adoperarsi affinché una struttura autorizzata da Assura (di seguito «Struttura/e autorizzata/e») o uno Specialista che esercita in tale struttura sia designato come fornitore di prestazioni di secondo ricorso.** L'assicurato o il suo rappresentante legale accetta

anche che, ad eccezione delle prestazioni fornite dai contatti di primo ricorso, tutti gli ulteriori consulti e trattamenti siano forniti **dai punti di contatto di secondo ricorso**, ove ciò sia giustificato da un punto di vista medico e soddisfatti i criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità.

Articolo 11 – Professionisti coinvolti

11.1 Centro di telemedicina (punto di contatto di primo ricorso)

Il Centro di telemedicina, nominato da Assura e i cui dati di contatto figurano sul sito internet di Assura, fornisce una consulenza medica, propone consulti medici a distanza e, se del caso, prescrive all'assicurato il trattamento indicato alla sua situazione.

11.2 Medico di famiglia (punto di contatto di primo ricorso)

11.2.1 Ai sensi delle presenti Condizioni speciali di assicurazione, per «Medico di famiglia» si intende qualsiasi medico autorizzato a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e di cui l'assicurato abbia preventivamente comunicato le generalità ad Assura.

11.2.2 Il cambio del Medico di famiglia deve essere comunicato ad Assura prima che l'assicurato si sottoponga a qualsiasi altro consulto presso un nuovo Medico di famiglia.

11.3 Strutture autorizzate (punto di contatto di secondo ricorso)

11.3.1 In qualità di fornitori di prestazioni, le Strutture autorizzate forniscono consulti medici e/o trattamenti ambulatoriali e stazionari a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

11.3.2 Assura pubblica sul proprio sito internet (assura.ch) una lista aggiornata delle Strutture autorizzate, riservandosi il diritto di modificarla unilateralmente e in qualsiasi momento. **All'assicurato possono essere addebitati costi aggiuntivi se consulta una Struttura autorizzata non facente parte dell'elenco degli ospedali del suo cantone di domicilio.**

11.4 Specialista (punto di contatto di secondo ricorso)

Ai sensi delle presenti Condizioni speciali di assicurazione, per «Specialista» si intende qualsiasi medico con una formazione postuniversitaria riconosciuta in una specializzazione medica ai sensi della Legge sulle professioni mediche (LPMed) che eserciti presso una Struttura autorizzata o al quale l'assicurato è indirizzato su indicazione della Struttura autorizzata, del Centro di telemedicina o del Medico di famiglia.

Articolo 12 – Figure e strutture di contatto e relativi obblighi

12.1 Principi dell'assicurazione

L'assicurato o il suo rappresentante legale si impegna, prima di qualsiasi consulto medico e/o trattamento medico ambulatoriale o stazionario, a rivolgersi in prima istanza a uno dei punti di contatto di primo ricorso, scegliendo tra il Centro di telemedicina o il proprio Medico di famiglia.

12.2 Centro di telemedicina

12.2.1 L'assicurato o il suo rappresentante legale può rivolgersi al Centro di telemedicina convenzionato con Assura per ricevere un consulto di primo ricorso.

12.2.2 Il Centro di telemedicina fornirà all'assicurato una consulenza e/o un consulto medico a distanza e, se necessario, concorderà con l'assicurato o con il rappresentante legale il trattamento indicato alla situazione e che l'assicurato o il rappresentante legale si impegnerà a osservare per il periodo necessario. Se la durata del trattamento dovesse essere superiore rispetto a quella definita, l'assicurato dovrà nuovamente rivolgersi al Centro di telemedicina.

12.2.3 Nei casi in cui, sulla base della consulenza medica e/o del trattamento medico, si dovesse rivelare necessario il consulto presso un medico generico, il Centro di telemedicina indirizzerà l'assicurato al suo Medico di famiglia.

12.2.4 Nei casi in cui invece, sulla base della consulenza medica e/o del trattamento medico, si dovesse rivelare necessario il consulto presso un altro fornitore di prestazioni, il Centro di telemedicina indirizzerà l'assicurato a una Struttura autorizzata o a uno Specialista che esercita in tale struttura.

12.2.5 Se le Strutture autorizzate non dovessero disporre dello Specialista o del reparto indicato alla situazione, il Centro di telemedicina indirizzerà eccezionalmente l'assicurato a un altro fornitore di prestazioni che non sia una Struttura autorizzata.

12.2.6 All'assicurato sono fatturati i consulti forniti dal Centro di telemedicina quale punto di contatto di primo ricorso.

12.3 Medico di famiglia

12.3.1 L'assicurato o il suo rappresentante legale può rivolgersi al Medico di famiglia per ottenere un consulto di primo ricorso.

12.3.2 Il Medico di famiglia fornirà all'assicurato o al suo rappresentante legale un consulto e/o un trattamento medico. Se il consulto medico e/o il trattamento ambulatoriale o stazionario necessita l'intervento di un altro fornitore di prestazioni, **l'assicurato o il suo rappresentante legale dovrà, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 12.3.3 di cui sotto, chiedere al Medico di famiglia che lo indirizzi a una Struttura autorizzata o a uno Specialista che esercita in tale struttura; in caso contrario saranno applicate le disposizioni previste dall'articolo 14 di cui sotto.**

12.3.3 Se le Strutture autorizzate non dovessero disporre dello Specialista o del reparto indicato alla situazione, il Medico di famiglia indirizzerà eccezionalmente l'assicurato a un altro fornitore di prestazioni che non sia una Struttura autorizzata.

12.3.4 Se per motivi clinici e per effettuare ulteriori accertamenti e/o trattamenti ambulatoriali o stazionari il Medico di famiglia dovesse ritenere necessario indirizzare l'assicurato a una Struttura autorizzata, a uno Specialista che esercita in tale struttura o a un altro fornitore di prestazioni, l'assicurato o il suo rappresentante legale dovrà ottenere dal Medico di famiglia un avviso di delega debitamente compilato, datato e firmato e trasmetterlo ad Assura prima di sottoporsi a qualsiasi consulto medico e/o trattamento medico ambulatoriale o stazionario fornito dalla Struttura autorizzata, da uno Specialista che esercita in tale struttura o da un altro fornitore di prestazioni che non sia una Struttura autorizzata.

12.3.5 Si applicano le disposizioni previste dall'articolo 14 di cui sotto nel caso in cui il Medico di famiglia

indirizzi l'assicurato a un altro fornitore di prestazioni o a uno Specialista che non eserciti in una Struttura autorizzata per ulteriori accertamenti e/o trattamenti medici, anche se questi sarebbero potuti essere eseguiti da Specialisti adeguati che esercitano presso una Struttura autorizzata.

12.4 Strutture autorizzate

12.4.1 Nel caso in cui un consulto e/o trattamento medico non possa essere portato a termine da un punto di contatto di primo ricorso, l'assicurato deve essere imperativamente indirizzato a una Struttura autorizzata o a uno Specialista che esercita in tale struttura, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 12.2.3 di cui sopra.

12.4.2 La Struttura autorizzata e gli Specialisti che esercitano in tale struttura proseguiranno il consulto medico e/o il trattamento ambulatoriale o stazionario iniziato dal Medico di famiglia e lo porteranno a termine entro un tempo adeguato dal punto di vista medico.

12.4.3 La Struttura autorizzata può indirizzare l'assicurato a un altro fornitore di prestazioni o a uno Specialista che non eserciti nella Struttura autorizzata esclusivamente nel caso in cui la stessa e i suoi Specialisti non siano in grado di portare a termine il consulto medico e/o il trattamento ambulatoriale o stazionario entro un tempo adeguato dal punto di vista medico o se non dispone di Specialisti o del reparto indicati alla situazione. Per tale decisione non è necessario il consenso dell'assicurato o del suo rappresentante legale.

13 – Eccezioni

13.1. I consulti ambulatoriali di oftalmologia, ginecologia e pediatria per minorenni e il parto non sono soggetti agli obblighi di cui all'articolo 12.

13.2 L'assicurato non è soggetto agli obblighi di cui all'articolo 12 in caso di urgenza accertata verificatasi in Svizzera o all'estero.

13.3 Un'urgenza sussiste nel momento in cui l'assicurato si trova in una situazione tale per cui la sua vita è messa in pericolo o quando necessita di un trattamento medico immediato.

13.4 Se la prestazione fornita in caso di urgenza richiede un trattamento successivo, l'assicurato è tenuto a adempiere agli obblighi di cui all'articolo 12 non appena cessa la situazione di urgenza.

Articolo 14 – Sanzioni

Qualora l'assicurato o il suo rappresentante legale violi i suoi obblighi previsti dall'articolo 12 di cui sopra, Assura gli invierà un richiamo. Per ogni ulteriore violazione degli obblighi nel corso dello stesso anno civile, Assura rifiuterà l'assunzione dei costi.

Articolo 15 – Adesione al modello Assura Ospedale di fiducia

15.1 Il modello Assura Ospedale di fiducia può essere sottoscritto unicamente da persone domiciliate in una delle regioni di premio in cui Assura propone tale modello.

15.2 Ogni assicurato domiciliato in una delle regioni di premio in cui è proposto il modello Assura Ospedale di fiducia può passare in qualsiasi momento a tale modello

con effetto dal 1° giorno del mese seguente alla richiesta.

15.3 Se il passaggio al modello Assura Ospedale di fiducia avviene mentre sono ancora in corso dei trattamenti, l'assicurato dovrà adempiere agli obblighi previsti dagli articoli 12 e 13.4 di cui sopra, fatta eccezione per gli interventi stazionari pianificati prima dell'adesione al modello Assura Ospedale di fiducia e che saranno effettuati nei due mesi successivi all'adesione dell'assicurato al modello in questione.

Articolo 16 – Uscita dal modello Assura Ospedale di fiducia

16.1 Assura può sopprimere o modificare il modello Assura Ospedale di fiducia per la fine di un anno civile. In caso di soppressione, l'assicurato sarà trasferito dal 1° gennaio dell'anno successivo e senza modifica della franchigia a un altro modello di assicurazione di base (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) o, se ne fa richiesta, a un modello di sua scelta tra quelli proposti da Assura. È fatto salvo il diritto di disdetta dell'assicurato conformemente all'articolo 7 LAMal.

16.2 In caso di interruzione straordinaria del modello Assura Ospedale di fiducia, il giorno successivo all'interruzione l'assicurato sarà trasferito a un altro modello di assicurazione di base (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) o, se ne fa richiesta, a un modello di sua scelta tra quelli proposti da Assura senza modifica della franchigia.

16.3 Trasferendo il suo domicilio in una delle regioni di premio in cui non è proposto il modello Assura Ospedale di fiducia, l'assicurato passa automaticamente e senza modifica della franchigia al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) o, se ne fa richiesta, a un modello di sua scelta tra quelli proposti da Assura per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

16.4 In caso di ammissione in una casa di cura o per anziani, di incarcerazione in uno stabilimento penitenziario, di ricovero prolungato in ospedale o di qualsiasi altra situazione simile, l'assicurato o il suo rappresentante legale può richiedere per iscritto ad Assura che sia trasferito senza modifica della franchigia al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) con effetto retroattivo dal 1° giorno del mese in cui si verifica tale evento.

Articolo 17 – Trattamento dei dati

17.1 Verifica della copertura

Al fine di verificare la copertura dell'assicurato, Assura trasmette al Centro di telemedicina e alle Strutture autorizzate i dati necessari all'identificazione dell'assicurato (cognome, nome, data di nascita e indirizzo di domicilio) e alla determinazione della sua copertura assicurativa, fatta eccezione per i dati sanitari. La trasmissione dei dati necessari all'identificazione può avvenire tramite terzi, in particolare attraverso l'utilizzo di una soluzione digitale gestita da terzi.

17.2 Scambio di dati

Sottoscrivendo il modello Assura Ospedale di fiducia, l'assicurato o il suo rappresentante legale acconsente che Assura, il Centro di telemedicina, il Medico di famiglia e le Strutture autorizzate si scambino, nel rispetto delle disposizioni sulla protezione dei dati, le informazioni mediche necessarie al fine di garantire un

coordinamento ottimale nell'ambito del modello in questione.

17.2.2 L'assicurato o il suo rappresentante legale autorizza segnatamente il Medico di famiglia e il Centro di telemedicina a trasmettere le informazioni mediche necessarie per il trattamento alla Struttura autorizzata e/o a uno Specialista che esercita in tale struttura.

17.2.3 Al fine di verificare l'adempimento alle condizioni di assicurazione del modello Assura Ospedale di fiducia da parte dell'assicurato o del rappresentante legale, il Centro di telemedicina trasmette ad Assura i dati necessari a tale verifica, in particolare la lista dei consulti effettuati, degli avvisi di delega volti a indirizzare l'assicurato a un altro fornitore di prestazioni e il periodo di tempo stabilito per la prosecuzione del trattamento. Allo stesso scopo, la Struttura autorizzata trasmette ad Assura la lista dei consulti effettuati e degli avvisi di delega volti a indirizzare l'assicurato a un altro fornitore di prestazioni, in particolare a uno Specialista che non eserciti nella Struttura autorizzata.

17.2.4 I colloqui telefonici sono registrati, archiviati e distrutti dal Centro di telemedicina conformemente alle disposizioni legali in materia. In caso di controversia, le registrazioni possono essere utilizzate come mezzo probatorio e, se del caso, presentate alle autorità giudiziarie competenti. In assenza di una procura specifica rilasciata dall'assicurato, Assura non ha alcun accesso diretto a queste informazioni.

17.2.5 La trasmissione dei dati prevista dalle presenti Condizioni speciali di assicurazione tra Assura e il Centro di telemedicina, come pure tra Assura e le Strutture autorizzate, può avvenire per mezzo di terzi, in particolare attraverso l'utilizzo di una soluzione digitale gestita da terzi.

17.3 Trattamento dei dati da parte di Assura

Assura tratta solo i dati necessari al calcolo e alla riscossione dei premi, alla valutazione del diritto alle prestazioni assicurative, alla gestione delle richieste di rimborso delle prestazioni, all'adempimento delle condizioni di assicurazione del modello Assura Ospedale di fiducia, alla rivendicazione di diritti di regresso nei confronti del terzo responsabile e all'elaborazione di statistiche.

Articolo 18 – Responsabilità

Assura declina qualsiasi responsabilità medica.

TITOLO 3 – ENTRATA IN VIGORE

Le presenti condizioni entrano in vigore il 1° gennaio 2027.

Assura-Basis SA